Concepções sobre Saúde e Doença

Neste tema você estudará sobre o objeto central da nossa área de atuação, em torno do qual operam as organizações de saúde. É um texto escrito pelo Prof. Paulo Chagastelles Sabroza Trata-se de uma discussão nos campos tanto teórico, quanto prático. A partir dele você conhecerá como evoluem historicamente as concepções sobre saúde e doença, os seus significados, seus condicionantes e as conseqüências para as práticas assistenciais em saúde.

A déia-chave deste texto é lhe apresentar diferentes concepções de saúde e doença, em uma perspectiva histórica. A partir de seus estudos e sua experiência profissional, você poderá estabelecer relações entre as diferentes concepções de saúde, modelos assistenciais, condições de vida e organização sócio-espacial, em cada período considerado. Poderá compreender e caracterizar as relações entre a dimensão estratégica de todo esse processo, relacionada com a reprodução da formação social, e a dimensão da saúde no cotidiano, vinculada aos projetos e condições de vida das pessoas. Ao longo do estudo e ao final, poderá incorporar subsídios para a análise da situação brasileira atual e de suas perspectivas, seja em relação a todo o setor saúde, quanto especialmente na área de atenção supletiva.

O texto lhe colocará diante de grande quantidade de conceitos. A maioria destes servirá como elemento de base para todo o Curso, em especial para a dimensão Tecnologias Assistenciais. Trata-se portanto, de um tema que deve alcançar grande importância na estruturação e desenvolvimento de sua compreensão sobre saúde e conseqüentemente, sobre como lidar com a organização de ações e práticas sanitárias.

Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em saúde.

Educação A Distância/Escola Nacional de Saúde Pública

1. Introdução: A Crise da Saúde Pública

Nos anos recentes vem se expressando, por toda parte, um sentimento de que os problemas de saúde estão se acumulando e os modelos assistenciais não conseguem mais responder às expectativas das pessoas e às necessidades da sociedade.

Junto com o desemprego e a violência, a questão da saúde sempre aparece com destaque entre as preocupações identificadas como prioritárias, quando são realizados levantamentos nos diversos grupos populacionais.

Os meios de comunicação expõem, diariamente, as limitações e mesmo absurdos que se acumulam no atendimento prestado pelos serviços de saúde, enfatizando os dramas individuais e colocando em questão sua função social.

Mesmo entre os profissionais do campo da saúde pública, generaliza-se a impressão de que uma crise profunda percorre sua área de atuação, fazendo com que muitos dos conceitos e recursos técnicos até a pouco valorizados pareçam obsoletos, resultando na disseminação de um sentimento crescente de mal estar, que dificulta a possibilidade de identificação de propostas alternativas capazes de recuperar a efetividade do setor

Este sentimento de crise parece particularmente paradoxal quando se considera, por um lado, o impacto que os modelos de atenção à saúde, individual e coletiva, apresentaram neste século, resultando no aumento progressivo da duração média da vida, em níveis inéditos na história, compreendendo ainda uma extensão lenta, mas sempre continuada do acesso a cuidados médicos e condições de saneamento para muitos grupos populacionais até então excluídos.

Por outro, registramos o potencial de desenvolvimento científico e tecnológico das práticas de atenção à saúde, possibilitado pelas recentes e revolucionárias transformações nas ciências bio-médicas, a partir da generalização da aplicação da engenharia genética e da informática.

Apesar destes avanços sociais, tecnológicos e científicos, a constatação de que a crise da saúde é concreta se impõe. Isto nos obriga a analisarmos suas atuais características, determinantes e possibilidades de desdobramento, a partir de uma perspectiva que não reduza a complexidade do problema apenas ao fracasso do atual modelo assistencialista1.

modelo assistencialista1.

Esta explicação simplificadora, disseminada reiteradamente pelos modernos meios de comunicação e incorporada ao senso comum, ao restringir sua explicação ao nível das singularidades, acaba assumindo o que é um efeito como causa, bloqueando uma visão mais construtiva e compreensiva do problema.

Em sistemas complexos, como os da saúde, durante as análises das crises temos que considerar sua natureza e suas dimensões.

Em relação à natureza das crises de sistemas complexos2, identificamos aquelas que decorrem do esgotamento da sua dinâmica, e resultam em desordem, ou redução da complexidade em relação à condição anterior. E outras que, ao contrário, retratam a instabilidade dos sistemas quando, em conseqüência de processos de acumulação e desenvolvimento, estão em transformação para uma outra ordem de maior complexidade.

Embora nem sempre seja fácil diferenciá-las desde o início, a crise atual da saúde mais se assemelha com aquelas de desenvolvimento, onde as diferentes estruturas se encontram em estágios evolutivos distintos, muitas vezes, ainda que temporariamente, apresentando-se em contradição.

Quanto às suas dimensões, ou modos de expressão, podemos destacar, além da financeira, que é sempre a mais discutida, a redução da resolutividade das práticas. Isto nos remete às expectativas das pessoas em relação à saúde, e à questão ética do valor da vida, da dissociação entre o discurso dominante e a experiência cotidiana.

Na dimensão do financiamento identificamos que passaram a ser cada vez mais questionados o volume e a prioridade da aplicação dos recursos públicos em saúde. Tal discussão está mais forte em relação aos recursos dirigidos a assegurar a prestação de atenção médica a populações cada vez mais idosas, já excluídas dos processos de trabalho e necessitando sempre de procedimentos de complexidade tecnológica e custos crescentes.3

Ao mesmo tempo, a maior parte dessas pessoas não tem rendimento ou poupança privada capaz de assegurar o pagamento dos novos e custosos serviços e medicamentos.

Mas a crise atual da saúde não se resume a isto. Um componente também marcante é a descrença na efetividade da atenção médica. Observamos uma crescente dúvida em relação à sua capacidade de contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, e até mesmo quanto ao seu potencial de reduzir o sofrimento e a dor4.

A medicalização de diferentes problemas sociais, ampliando de modo injustificado a abrangência e as expectativas em relação à efetividade das ações de saúde, certamente contribuiu para este ceticismo. Ao mesmo tempo, o modelo assistencial dos sistemas públicos de saúde priorizou a extensão de cobertura e a universalização do acesso a algum tipo de cuidado, sem assegurar igualmente resolutividade ou ao menos satisfação com o atendimento recebido.

A simples atenção das demandas de saúde não resulta mais em eliminação dos problemas, que, ao contrário, se acumulam. Mesmo quando são capazes de evitar ou retardar a morte, as práticas atualmente utilizadas não reduzem igualmente a morbidade.

Isto tem resultado em uma grande revalorização de práticas da medicina tradicional e de diferentes formas de curandeirismo, que, se também não curam, ao menos

de diferentes formas de curandeirismo, que, se também não curam, ao menos atendem necessidades essenciais de suporte psicológico e de interação comunitária, com um custo capaz de ser absorvido pelas pessoas e pela sociedade.

Nessa área, a visão de mundo elaborada a partir de uma perspectiva científica e materialista vem perdendo terreno para outras, centradas em valores místicos. Estas se disseminam por toda a sociedade, principalmente nas periferias urbanas.

Mesmo entre profissionais e pesquisadores de saúde é surpreendente a perda de confiança no uso da racionalidade científica como método para resolução de problemas, principalmente se considerarmos os imensos e recentes avanços nas diversas áreas das ciências da vida. É preciso levarmos em conta, entretanto, que há uma imensa distância entre as possibilidades anunciadas pelo desenvolvimento técnico-científico e suas práticas cotidianas, respaldadas ainda por modelos e meios limitados e simplificadores.

Quanto à dimensão ética, as condições em que vivem grande parte das pessoas não são compatíveis com a idéia de que a vida humana seja um valor absoluto. O uso disseminado das drogas, a ampliação da violência, em suas diferentes formas, a difusão de diversos estilos de vida de alto risco, a degradação do ambiente e a persistência da miséria apontam que, ao contrário, o respeito à vida não é ainda colocado em primeiro plano.

2. Complexidade e Processos Saúde Doença

Reconhecemos a questão dos processos saúde-doença como expressão de crises no movimento indissociável de reprodução e desgaste de organizações vivas, dinâmicas, de grande complexidade, semi-abertas em relação ao seu entorno e auto-reguladas por seu próprio sistema de informação. A partir desta compreensão, temos que explicitar o nível de organização da vida que estamos considerando, e analisar as diferentes dimensões dos processos, em cada nível.

Os níveis de organização se definem por sua autonomia, mas contém e estão contidos em níveis de outra ordem, como caixas chinesas.

Relações de determinação e especificação mediam as categorias e variáveis dos diferentes níveis, de tal modo que é possível que processos percorram os vários níveis, se expressando de modo distinto em cada um deles5.

Os processos saúde-doença podem ser reconhecidos, a partir da posição do observador e aparecem, segundo cada posição, como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde pública.

A seleção de uma destas perspectivas é definida tanto por questões metodológicas como pelas possibilidades de ação eficaz do observador e sua visão de mundo.

O quadro abaixo mostra, de modo esquemático, os níveis de expressão dos processos saúde-doença e como, no nível individual, eles podem ser, simultaneamente, alterações fisio-patológicas para a dimensão orgânica; para o cidadão, uma representação e um papel mediado por valores culturais, e para o indivíduo singular, sofrimento.

No nível das sociedade, ou formações sócio-espaciais complexas, como a nossa, eles se expressam como problemas de saúde pública, na interface entre o Estado e a Sociedade, entre o particular e o público, entre o individual e o coletivo.

E podem ser analisados como processos relacionados à reprodução das populações, como elemento dos processos de produção e de consumo, como crises e possibilidades de controle social, ou questão relativa aos direitos humanos e à cidadania.

De qualquer forma, estará sempre na interseção de duas lógicas, a lógica da produção econômica e a lógica da reprodução da vida.

3. Uma História de Conceitos e Representações de Saúde e Doença

O conceito de saúde pode bem ser incluído entre os considerados imprecisos, ou seja, aqueles que, embora aplicados a categorias concretas e de relevância, não permitem sua definição com objetividade, a partir de elementos aceitos universalmente6.

Nem por isto deixa de ser amplamente utilizado, tanto no campo da produção do conhecimento científico como na normatização das relações sociais.

Podemos dizer que, ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados pelos limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais, ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico.

Assim, conceitos como equilíbrio, capacidade de realização e bem estar, certamente compõem seu núcleo central, embora não sejam suficiente para delimitar completamente o conceito de saúde. Igualmente, doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento de necessidades básicas são conceitos externos que, por contraste, permitem sua construção.

O termo construção foi utilizado para destacar que, embora fazendo parte de uma realidade objetiva, a categoria saúde só emerge a partir da sua elaboração por atores sociais concretos, no movimento das relações das pessoas entre si, em sociedades.

Sua representação exige um certo grau de abstração, que não parece relevante quando a questão se refere apenas à descrição de condições presentes, atuais. Está muito mais vinculada a uma concepção de vir a ser, de objetivos a serem alcançados, a um projeto de saúde, seja em uma perspectiva individual ou social.

a um projeto de saúde, seja em uma perspectiva individual ou social.

Quando a Organização Mundial de Saúde conceituou saúde como "o mais completo estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", certamente não estava propondo um critério classificatório, mas uma direção.

Já a idéia de doença é mais imediatista, sempre impondo, ao mesmo tempo, certas competências operacionais e algum tipo de explicação. Historicamente, ela é muito anterior à concepção de saúde, estando presente, de diferentes formas, em todas as organizações sociais conhecidas. Remetendo a questão da identificação e classificação da doença e dos doentes a um saber técnico, que pressupõe divisão de trabalho e transferência de poder.

Sabemos que há relações estruturais entre as seguintes dimensões: o modo como uma formação social se organiza para atender suas necessidades; o modo como o espaço que a contém é por sua vez organizado; o conjunto de problemas de saúde que expressa o nível de desgaste resultante do movimento da reprodução e produção social em um determinado contexto territorial; as concepções elaboradas sobre as causas das doenças; as formas institucionalizadas de atender estes problemas; e ainda, as práticas assistenciais prevalentes.

Quando ocorrem transformações importantes nos processos de produção e na organização social, ocorre necessariamente, ainda que não de forma simultânea, modificações nos demais, através de processos interativos de estruturação. Isto resulta, nos períodos de transição, em dificuldades de acomodação entre as permanências e mudanças.

Também sabemos que, de alguma forma, processos e formas próprios de conjunturas sócio-espaciais anteriores continuam atuantes nas novas organizações, embora com características e funções distintas, como camadas e rugosidades que asseguram as relações do passado com o presente.

Assim, diversas concepções de saúde e doença podem coexistir, através da persistência de modelos antigos, mas que ainda atendem a necessidades atuais.

Nas comunidades tradicionais de coletores e caçadores, a ocorrência de doenças era explicada de modo compatível com sua visão de mundo, pela influência de demônios e outras forças sobrenaturais, que conviviam com os homens e podiam ser por eles invocados ou controlados, desde que fossem utilizados os meios adequados.

Esta visão mágica do processo saúde-doença permitia um alto grau de manipulação e era complementada por cuidadosas observações empíricas sobre a utilidade medicinal de produtos naturais, transmitidas cuidadosamente de geração a geração7.

A efetividade deste modelo dependia da grande interação destas populações com seu ambiente e da força de sugestão que a crença nos poderes dos feiticeiros induzia.

Com a urbanização e estratificação social, o poder de diagnosticar, controlar e explicar as doenças ficou concentrado em um segmento social urbano, os sacerdotes, sempre vinculados aos grupos dominantes. A capacidade de mediar as atenções de deuses e humanos passou a ser monopolizada por estes atores sociais, e o modo mágico de lidar com as doenças foi suplantado pelo modelo místico, ou religioso, que se tornou hegemônico.

A doença passou a ser vista como pecado, resultado da desobediência a códigos de condutas prescritos pelos deuses e vigiados pelos sacerdotes, sendo atribuído ao enfermo a responsabilidade, individual ou coletiva, por seus sofrimentos.

enfermo a responsabilidade, individual ou coletiva, por seus sofrimentos.

O sentimento de culpa passou a ser uma dimensão importante do processo social de adoecer, em um mundo dominado pela concepção religiosa.

Nos segmentos populares, nas áreas rurais e entre escravos, o modo tradicional ficou preservado, mas já destituído de sua função de controle social, muitas vezes desempenhado por mulheres idosas, mais capazes de assegurar sua transmissão cultural sem despertar a reação dos guardiões da nova ordem.

As relações entre as comunidades e seus ambientes já não eram da mesma intensidade, e os métodos tradicionais não eram mesmo adequados para responder aos novos problemas de saúde que o aumento da densidade populacional, as péssimas condições de higiene e o aumento da carga de trabalho acarretaram.

Diversas espécies de parasitas, que só esporadicamente infectavam humanos, a partir de seus reservatórios animais, puderam se tornar endêmicos nas novas cidades e nas áreas de agricultura intensiva irrigadas, milhares de anos atrás 8.

A diminuição da expectativa de vida, devido à mortalidade por doenças infecciosas, desnutrição, guerras e trabalho escravo, foi muito acentuada e a reposição da força de trabalho só foi possível através do aumento da natalidade, apoiada pelos códigos religiosos. Ainda assim, acredita-se que vários impérios antigos desfizeram-se sob o impacto destas condições insalubres. Nesta situação, e em uma perspectiva individual, o projeto de saúde possível se resumia em escapar da morte precoce.

Na Grécia, com a escola de Hipócrates, e já sob uma cultura que privilegiava uma reflexão filosófica a cerca do mundo e a observação cuidadosa da natureza, uma medicina de elite pode ser implementada, tendo como princípio o equilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente. Era uma medicina centrada no cuidado do corpo, onde o papel do médico era procurar colaborar na restauração da harmonia 9

Este modo de entender a saúde e a doença tinha sua racionalidade na observação cuidadosa dos fenômenos, na concepção da doença enquanto fenômeno natural, e portanto passível de explicação teórica, e na transmissão do conhecimento em condições capazes de assegurar um certo controle sobre a competência dos praticantes.

Sob o Império Romano, esta doutrina clássica, mesmo que restrita apenas a certos grupos sociais, se difundiu pelo Ocidente.

Explicações e práticas relacionadas com o pensamento mágico, com o misticismo religioso e com a doutrina hipocrática conviveram com a tradição empírica relacionada com o uso de ervas medicinais, integrando os modos de viver dos diferentes grupos sociais.

Mesmo durante o período medieval, quando a ideologia religiosa dominante procurou impor uma visão unificada do mundo, estas diferentes concepções sobre saúde e doença foram mantidas.

Durante o século XIV teve início uma pandemia de peste que devastou a Europa, eliminando mais de um quarto da população, desorganizando o processo social e trazendo outras concepções sobre saúde e doença. No Ocidente criou-se então toda uma cultura centrada no horror e na convivência com a morte, impondo-se as idéias de culpa e de pecado. Judeus e mulheres acusadas de feitiçaria foram massacrados, enquanto todas as diferentes práticas médicas se mostravam absolutamente ineficazes10 .

ineficazes10 .

tabela 1: evolução da população européia

Desvinculada da concepção religiosa hegemônica e desenvolvida a partir da acumulação de observações empíricas, a prática da quarentena, dirigida ao isolamento de pessoas e lugares sadios se impôs, como uma forma de defesa coletiva, capaz de se sobrepor aos interesses e direitos individuais.

Nos séculos seguintes, a perda de credibilidade de todas as formas de medicina possibilitou uma onda de especulações, práticas alternativas e também a volta à observação dos fenômenos como fonte de conhecimentos mais úteis que aqueles possibilitados pelas velhas doutrinas.

Isto, é claro, não estava acontecendo de modo isolado, e integrava toda uma nova concepção de mundo, transformações nos processos sociais de produção e novas formas de organização social do espaço, público e privado. O humanismo, ideologia que colocou o homem como centro de referência, aos pouco substituiu a concepção religiosa anterior.

O Renascimento cultural e científico possibilitou uma maior compreensão da constituição do corpo humano, estudado detalhadamente por médicos e artistas, e as doenças, como os outros fenômenos, passaram a ser atribuídas a causas naturais.

Os grandes avanços na física mecânica e na compreensão da composição química da matéria resultaram na representação do corpo humano como uma máquina, passível de defeitos em seu funcionamento, e que, quando compreendidos, poderiam ser corrigidos.

Acompanhando as ciências naturais, preocupadas em descobrir e catalogar novas formas de vida de um mundo que estava sendo revelado, a clínica realizou um grande esforço de identificar, classificar e descrever doenças, novas e antigas.

Apesar desses avanços conceituais, persistiam as limitações técnicas anteriores, e a eficácia dos atos médicos era, na melhor das hipóteses, quase nula. Muitas vezes, pelo contrário, agravavam as condições dos seus pacientes, aumentando o risco de infecções.

A atenção à saúde era limitada aos cuidados individuais dos doentes, sendo o diagnóstico e o prognóstico os procedimentos que inicialmente melhor incorporaram a racionalidade científica.

4. Mercantilismo, Colonialismo e Produção de Doenças

Ainda que muitas áreas de atuação humana tivessem sido alteradas no início dos tempos modernos, as condições de vida e saúde não foram inicialmente transformadas.

Quanto ao que podemos considerar ações de saúde, além da prática da clínica, neste período foi particularmente desenvolvida a função pública de ordenamento do espaço urbano, fundamentada ainda na concepção clássica das relações entre doença e sujeira. Mas tendo agora também a responsabilidade de organizar e vigiar o espaço de produção e de reprodução social, através de diferentes modalidades de polícia médica.

A associação entre doenças pestilenciais e matéria orgânica em decomposição era antiga, e havia orientado a organização do espaço urbano nas cidades do Império

antiga, e havia orientado a organização do espaço urbano nas cidades do Império Romano. No Renascimento, esta antiga concepção foi restaurada, sendo então as doenças entendidas como diferentes tipos de putrefação, e portanto processos químicos naturais, resultante da acumulação de gazes patogênicos no ambiente. Conhecida como teoria dos miasmas, esta relação de associação passou a ser um componente relevante do pensamento ocidental sobre saúde e doença, mantendo-se desde então como uma explicação coerente11 .

Desde o século XVII a peste progressivamente diminuiu sua força, chegando mesmo a desaparecer espontaneamente da Europa, e a população voltou a crescer continuamente. No entanto, doenças epidêmicas, especialmente a varíola, o tifo e uma forma extremamente virulenta de sífilis, continuaram a assolar aquela região, particularmente nas áreas urbanas e nos períodos de guerra, acompanhando a expansão da circulação de pessoas e mercadorias.

Uma nova doença destruiu as plantações de batata, vegetal que havia sido introduzida na Europa a partir das Américas e se tornara o principal alimento das classes populares. O resultando foi uma grande epidemia de fome, com aumento da mortalidade e êxodo populacional para outros continentes.

Mas foi nas colônias que os processos de desgaste atingiram níveis extremamente elevados, anulando qualquer avanço que poderia ter sido produzido pelo desenvolvimento do conhecimento e das técnicas. O genocídio das populações autóctones e o tráfico de escravos resultaram em níveis impensáveis de sofrimento, doença e morte12.

As questões das condições de vida, saúde e doença passaram, a partir daí, a serem consideradas na perspectiva de um determinado grupo social, os colonizadores, resultando em uma história tendenciosa, onde o processo civilizatório passou a um bem por si mesmo, capaz de justificar a submissão e mesmo a eliminação dos considerados bárbaros.

Este período de mais de 300 anos, que vai da metade do século XV até o início do século XIX, deixou marcado no ainda incipiente projeto capitalista de saúde a questão da diferença de valor da vida humana.

A intensificação do comércio, com grande aumento de acumulação de riquezas e circulação de pessoas e mercadorias, possibilitado pelo desenvolvimento das técnicas, foi acompanhado do imenso desgaste dos trabalhadores, escravizados ou submetidos a novas formas de servidão, a níveis extremos.

Isto resultou em notável incremento na transmissão e difusão de parasitas, no que pode agora ser considerado o primeiro grande ciclo de globalização das doenças.

Parasitas adaptados à transmissão nas cidades européias, como o sarampo e a varíola, produziram epidemias catastróficas nas comunidades tradicionais, quando foram introduzidos em populações que não tinham nenhuma experiência imunológica ou cultural.

Ao mesmo tempo, os projetos dos colonizadores e até mesmo sua sobrevivência física estiveram também seriamente ameaçados. Malária, febre amarela, calazar e doença do sono matavam de modo seletivo aqueles que não tinham imunidade anterior, principalmente os migrantes europeus que vinham para as colônias nos trópicos.

Moléstia associada às regiões tropicais da África, a febre amarela pela primeira vez difundiu-se pelas Américas, acompanhando o tráfico de escravos, com alta letalidade, e chegando mesmo produzir epidemias em regiões de clima temperado, como Nova York.

Pandemias de cólera, até então desconhecidas, atingiram até mesmo as principais cidades européias, afetando os diferentes grupos sociais, embora sempre de modo desigual.

Os métodos tradicionais de quarentena não conseguiam impedir a circulação ampliada dos parasitas emergentes nos novos circuitos espaciais de integração global, e ainda resultavam em dificuldades e prejuízos crescentes para os comerciantes.

5. Industrialização, Controle Social e Saúde Pública

A partir da metade do século XVIII, importantes transformações passaram a ocorrer na Europa, com impactos notáveis sobre as condições de vida e saúde.

O crescimento demográfico anterior, a acumulação de capitais resultante da espoliação colonial, o fortalecimento dos Estados Nacionais, com crescentes funções reguladoras, o desenvolvimento técnico de novas máquinas e a consolidação da lógica de produção capitalista possibilitaram a ampliação em níveis inéditos da capacidade produtiva.

A urbanização acelerada e a industrialização são com freqüência os processos mais destacados, tanto por seus impactos sobre as condições de produtividade como nas condições de trabalho e qualidade de vida da classe trabalhadora.

Mas estas transformações também modificaram radicalmente as concepções sobre saúde e doença e as formas daquelas sociedades intervirem nestas questões.

Inicialmente o adensamento de pessoas em bairros operários e fábricas sem nenhuma condição de saneamento, submetidas a forte desgaste pela carga excessiva de trabalho e alimentação inadequada, resultou em agravamento das condições de saúde a um ponto capaz de ameaçar até mesmo a sobrevivência biológica destes grupos sociais, e portanto a indispensável reprodução ampliada da força de trabalho.13

Mais uma vez na história do Ocidente ocorreu incremento, por um período prolongado, na mortalidade, compensada apenas, em termos populacionais, por taxas altíssimas de natalidade. Desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência atingiam pesadamente a nova classe de trabalhadores urbanos.

Doenças conhecidas, como a febre tifóide, e outras novas, importadas das colônias, como a cólera, passaram a ser transmitidas de modo ampliado, para o conjunto da população, pelos precários sistemas coletivos urbanos de distribuição de água, causando epidemias letais, sempre acompanhadas de pânico. Levando, aqueles que podiam, a abandonar as cidades, que passaram a ser identificadas como locais insalubres.

Os hospitais públicos, onde principalmente os indigentes eram internados, particularmente precisavam ser evitados, e a mortalidade nas maternidades fazia do parto uma situação de alto risco. A prática médica era mais prejudicial que eficaz.

parto uma situação de alto risco. A prática médica era mais prejudicial que eficaz.

A tuberculose, conhecida havia séculos, encontrou novas condições de circulação, capaz de amplificar de tal modo sua ocorrência e letalidade que passou a ser uma das principais causas de morte, atingindo principalmente jovens nas idades mais produtivas.

Há duzentos anos, essa imensa crise sanitária colocou em risco o projeto capitalista.

A grande crise sanitária certamente não era apenas uma crise setorial. Expressava de modo muito sensível os impasses e contradições acumulados no processo de reprodução daquela organização social. Quando até mesmo a sobrevivência das pessoas fica ameaçada, o próprio pacto social pode vir a ser questionado.

Epidemias e revoltas populares eram conhecidas formas de expressão das crises dos processo de reprodução social, sempre presentes nos modos de produção anteriores.

Sabemos que, em sistemas abertos e complexos, o ruído e a contradição não são simplesmente disfuncionais, como nos sistemas simples e fechados. Ao contrário, são também elementos indispensáveis à auto-organização e capacidade de inovação.

Os movimentos coletivos e organizados dos trabalhadores urbanos, reivindicando melhores salários e condições de vida e trabalho, em confronto com os interesses individuais dos proprietários dos meios de produção, foram processos emergentes que impuseram o encaminhamento de novas soluções para a crise.

O outro componente daquela organização social que possibilitou sua superação, em interação não linear com os movimentos dos trabalhadores, foi a participação dos Estados Nacionais na regulamentação das condições de trabalho e de uso do espaço urbano, através da introdução de legislações específicas e mecanismos de controle social efetivos, capazes de assegurar melhores condições de vida aos trabalhadores, ainda que contrariando alguns proprietários, mas no interesse do capitalismo em seu conjunto.

Sob o paradigma da teoria dos miasmas, foram realizadas as reformas urbanas nos centros industriais que reduziram, de modo importante, a transmissão de várias doenças e a mortalidade infantil. Ao mesmo tempo, o modelo da higiene procurava difundir nos grupos populares comportamentos considerados adequados para a saúde, dirigidos principalmente aos problemas das crianças e da sexualidade, vinculados à concepção de mundo burguesa.

Teve início também a aplicação de métodos estatísticos para contabilizar as mortes e identificar diferenças de risco de morrer entre lugares e grupos sociais, contribuindo para o debate que marcou o período, sobre a importância da determinação ambiental ou social.

O projeto da saúde pública moderna nasceu então, no início do século passado, como um componente estratégico do processo de controle social sobre as condições de reprodução dos grupos sociais, direcionado ao saneamento do ambiente urbano e mudanças nos padrões culturais do proletariado, através de práticas normativas e educativas 14.

Os avanços das ciências da vida observados na segunda metade do século XIX, com a identificação da estrutura celular, dos principais processos fisiológicos e da teoria evolutiva das espécies, fundamentaram de modo científico a idéia de saúde enquanto situação de adaptação às condições do meio externo. Os modelo de necessidade de equilíbrio entre os meios interno e externo de Claude Bernard, e da seleção natural

equilíbrio entre os meios interno e externo de Claude Bernard, e da seleção natural dos mais aptos de Darvin se mostraram muito pertinentes enquanto paradigmas capazes de integrar questões como ordem, diferença e mudança.

A metáfora das sociedades como um grande organismo permitiu a elaboração da noção de patologia social e que fossem desde então propostos métodos próprios para o estudo das doenças neste nível, dando início à estatística vital e à epidemiologia.

Uma concepção positiva de saúde, vinculada a condições de vida adequadas, pode então ser elaborada e difundida amplamente, ficando as enfermidades bem caracterizadas como resultado da pobreza e da injustiça, e sua possibilidade de superação vinculada ao progresso social.

O desenvolvimento da teoria microbiana das doenças, apontando para a ocorrência de agentes externos específicos como suas, contribuiu decisivamente para a superação dos modelos metafísicos e místicos anteriores, e, ao reconhecer a importância fundamental das condições dos hospedeiros nos processos infecciosos e a relação entre falta de higiene e presença de agentes de doenças, foi de importância marcante na consolidação da concepção de saúde como estado de equilíbrio do indivíduo com seu habitat.

Ao mesmo tempo, veio possibilitar ações diretas sobre os processos saúde-doença, no nível individual e coletivo através de ações específicas eficazes, que não exigiam mudanças no modo de vida e na estrutura social.

Formas de intervenção sobre mecanismos de transmissão de doenças passaram a ser promovidas pelos agentes políticos e econômicos locais, e implementadas por um outro tipo de profissional de saúde, o sanitarista, vinculado ao Estado e atuando através de ações limitadas no tempo e no espaço, as campanhas sanitárias.

Em pouco tempo, as grandes epidemias deixaram de fazer parte do perfil de saúde e doença das populações urbanas dos países centrais 15

O modelo epidemiológico da tríade causal considerava os agentes, o ambiente e os seres humanos como categorias de um mesmo nível do mundo natural, no que se refere à determinação das doenças. As ações de saúde deveriam ser capazes de identificar o elo mais fraco da tríade e atuar especificamente sobre ele.

Nas áreas rurais, e principalmente nas colônias, este modelo, que dependia das transformação das condições de vida do conjunto da população, com reflexos diretos sobre a saúde, não foi implementado. Aqui o controle social era exercido pelas mais diversas formas de violência institucionalizadas, sem encontrar resistência organizada por parte dos trabalhadores, e a mortalidade excessiva foi, durante algum tempo, simplesmente contrabalançada pela importação de escravos e pela migração de novos colonos.

Ainda no início deste século, epidemias de doenças transmissíveis, principalmente a febre amarela e a malária, produziam impacto dramático na mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízos ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo.

A solução, na época, veio através do incentivo público às pesquisa bio-médicas, principalmente aquelas dirigidas às doenças tropicais, e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e

trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário, as campanhas sanitárias.16

A intervenção focal, localizada, limitada apenas ao controle de certas enfermidades definidas como prioritárias na perspectiva dos governantes, foi a estratégia característica de atuação sobre a saúde nas formações capitalistas periféricas, na conjuntura do capitalismo molecular competitivo.

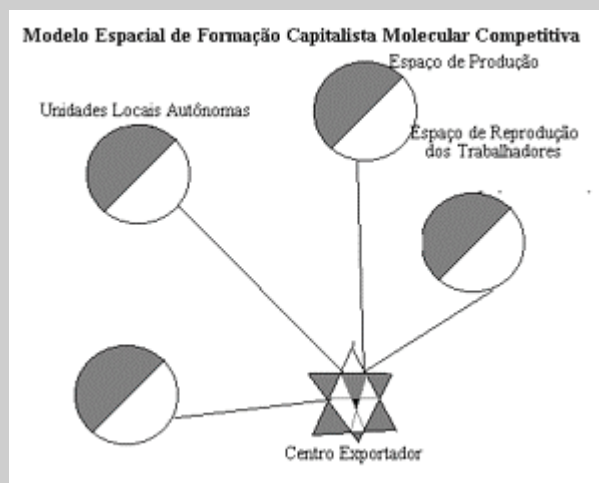
Unidades econômicas autônomas organizavam os espaços de produção e de reprodução da força de trabalho de modo integrado, a partir do controle local exercido pelo mesmo ator social, seja no engenho ou na fábrica com seu bairro operário.

O sucesso destas campanhas sanitárias tem sido destacado, tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos como pelo exemplo de articulação entre conhecimento científico, competência técnica e organização do processo de trabalho em saúde.

Mas, na medida em que não foram efetivamente modificadas as condições de vida dos diferentes grupos sociais, não produziam impacto sobre a saúde como um todo, ou mesmo sobre a mortalidade geral, que continuou muito alta, principalmente devido aos níveis elevadíssimos da mortalidade infantil.

As outras questões de saúde, aquelas que não interferiam diretamente nas condições de produção, foram deixadas por conta das medicinas tradicional e popular.

A atenção às demandas de cuidados de saúde das pessoas era questão de natureza particular, na medida dos recursos de cada um, ficando os serviços públicos assistenciais voltados àqueles que necessitavam de internação compulsória, como loucos, tuberculosos e leprosos, e os serviços filantrópicos dirigidos aos indigentes. De qualquer modo, as técnicas disponíveis interferiam pouco na evolução natural das doenças mais freqüentes.

6. Capitalismo de Estado, Desenvolvimento e Políticas de Saúde

Durante algum tempo foi inegável o sucesso deste modelo de organização social, centrado na competição e na divisão social do trabalho, tanto no incremento da produção econômica como na elaboração de conhecimento científico e no controle daqueles problemas de saúde definidos como prioritários.

Em uma perspectiva de conjunto, entretanto, os conflitos decorrentes da luta de classes e da luta pelo controle dos mercados resultaram, na primeira metade deste século, em instabilidade social, revoltas, revoluções e contra revoluções e ainda duas guerras de abrangência mundial, que produziram mortes, mutilações e sofrimento em dezenas de milhões de pessoas, em uma escala inédita na história da humanidade.

Mesmo o controle conseguido sobre as doenças transmissíveis foi obscurecido por uma nova catástrofe de âmbito global, a epidemia de gripe que assolou diversos países na segunda década do século, relacionada com a amplificação da transmissão do vírus nos cenários de guerra. Em poucos anos, milhões de pessoas morreram desta doença, sem que os serviços de saúde mais uma vez mostrassem qualquer eficácia.

A derrocada econômica da década de trinta, a sucessão de guerras e a ameaça da revolução socialista impuseram uma reestruturação do modelo de organização sócio-espacial capitalista, com profundos impactos sobre as diversas dimensões da economia e da vida, inclusive sobre o projeto de saúde e os modelos assistenciais.

A crise que culminou mais de cem anos de acumulação do capitalismo molecular competitivo resultou, na metade deste século, na emergência e consolidação do modelo capitalista monopolista e de planejamento estatal, assegurando mais cinco décadas de desenvolvimento econômico e social.

Os estados nacionais, além das suas funções tradicionais de regulação das relações econômicas e de trabalho, manutenção da ordem e defesa da propriedade e do território, passaram a desempenhar novas funções, inerentes ao modelo desenvolvimentista.

Além de regularem a disputa pelos mercados e assumirem a responsabilidade de criar a infra-estrutura necessária à industrialização, passaram a desempenhar de modo ativo, através de políticas sociais, funções direcionadas a assegurar a reprodução ampliada dos trabalhadores e consumidores urbanos. Essa nova função se processou através da implementação de novas estratégias de controle social, de modo a minimizar crises, revoltas populares e epidemias.

Para isto, redirecionaram recursos para o consumo dos diferentes grupos sociais urbanos, que de outro modo teriam sido transformados em lucros e investidos na produção.

O confronto dos Estados Unidos com a União Soviética, e a constituição de dois blocos de países em antagonismo, resultaram em grande incentivo à pesquisa e produção de armamentos, com impacto também sobre várias outras áreas estratégicas. Ao mesmo tempo, a necessidade de consolidação dos blocos levou à formulação e financiamento de projetos de cooperação internacional em várias áreas. Esse processo causou importante impacto sobre as condições de vida e saúde, mas também aumentou muito a dependência das formações periféricas em relação às grandes potências mundiais.

A seleção e difusão de sementes de cereais de produtividade muito maior, ainda que dependentes da aplicação crescente de insumos industrializados, como adubos químicos, pesticidas e mecanização, aumentou muito a produção de alimentos, nos países centrais e periféricos, viabilizando a transferência maciça de pessoas dos campos para as cidades.

Esta transformação tecnológica, conhecida como revolução verde, também assegurou a dependência das áreas rurais aos grandes centros urbanos, rompendo com sua

a dependência das áreas rurais aos grandes centros urbanos, rompendo com sua tradicional autonomia.

A maior disponibilidade de alimentos e o controle de certas doenças transmissíveis possibilitou grande crescimento da população mundial, sobretudo nos países periféricos.

No período do capitalismo de estado a concentração dos investimentos em apenas alguns poucos pólos econômicos resultou em importantes desigualdades regionais. Houve concentração de capital, energia e trabalhadores nestes centros industriais, induzida pelas políticas e investimentos públicos. A outra característica espacial marcante foi a necessidade de integração das mais diferentes unidades territoriais, de modo a viabilizar os fluxos indispensáveis de insumos, mercadorias e trabalhadores.

Com isto, grandes movimentos populacionais passaram a ocorrer, entre as regiões e das áreas rurais para as metropolitanas.

Mas estes processos de urbanização e crescimento populacional, dissociados da industrialização, da criação em larga escala de novos empregos nas indústrias e do movimento de organização dos trabalhadores, não resultaram em mudanças na estrutura social e nas condições de vida destes contingentes populacionais urbanos. Eles passaram a depender diretamente, para sua sobrevivência e controle social, das políticas públicas.

Durante muito tempo este intenso crescimento urbano foi considerado disfuncional, um certo tipo de inchamento, patologia social do subdesenvolvimento.

Sabe-se agora que a produção ampliada, simultânea e integrada do desenvolvimento e do subdesenvolvimento, é uma característica inerente do capitalismo. E este só pode materializar-se através da reprodução de desigualdades sociais e espaciais, nas várias escalas, de países, regiões e lugares. Só assim são assegurados os gradientes que viabilizam os fluxos, garantindo o dinamismo do processo econômico 17.

Durante a segunda metade deste século, este crescimento das populações urbanas foi fundamental para consolidar um imenso contingente de novos consumidores de produtos industrializados, inclusive de insumos de saúde, motivados pelas mensagens dos meios de comunicação de massa.

Os Estados Nacionais, através de suas políticas sociais, de saúde, educação e saneamento, tiveram a responsabilidade de garantir suas condições de vida em níveis capazes de assegurar sua reprodução ampliada e controlar o risco de epidemias nas cidades. O projeto de desenvolvimento econômico, tendo as políticas públicas como vetores de organização da economia e do espaço social, produziu transformações profundas nas condições de reprodução social, na determinação dos processos saúde-doença, nas concepções científicas e populares sobre estes fenômenos e ainda, nos modelos assistenciais.

7. A Transição Demográfica e a Ideologia do Desenvolvimento

Na saúde, a descoberta e síntese, em escala industrial, de antibióticos e inseticidas, capazes de eliminar vetores de doenças, de hormônios e medicamentos realmente eficazes para muitas doenças, veio modificar radicalmente as práticas da saúde pública e da clínica médica. Estas passaram cada vez mais a se caracterizar pelas intervenções fundamentadas no conhecimento técnico-científico, em detrimento das práticas tradicionais.

A disseminação desta medicina moderna ocorreu como parte integrante de um projeto de mundo em mudanças e de um desenvolvimento imaginado linear. Nesta ideologia evolucionista, todas as diferentes formações sócio-espaciais seguiriam, na medida em que fossem ocorrendo as acumulações necessárias, a mesma trajetória, passando pelas mesmas etapas históricas já registradas pelas nações desenvolvidas.

Um modelo importante que expressa esta concepção é o da transição demográfica, que procura apresentar as relações entre crescimento e estruturas das populações e seus diversos padrões de mortalidade e natalidade, nas diferentes etapas de desenvolvimento.

A previsão feita por Maltus no século passado, de inevitáveis crises sociais, decorrentes da relação desfavorável entre o contínuo crescimento das populações e o lento aumento da produção de alimentos, veio ser refutada, mesmo antes do incremento da produtividade agrícola, pelas mudanças nos padrões reprodutivos.

Quando se analisa grandes séries históricas de estatísticas de mortalidade e estimativas de natalidade, disponíveis para alguns países e cidades européias desde a metade do século XVIII, pode-se reconhecer, com regularidade, quatro períodos, que se sucederam em um intervalo de duzentos anos18:

1. Um período inicial, onde a mortalidade era muito alta, com taxas acima de 25 por mil habitantes, e grande variação entre os anos, devido à ocorrência de epidemias com alta letalidade. As taxas de natalidade, também muito altas, nos limites do potencial reprodutivo da espécie humana, eram apenas um pouco maiores, assegurando apenas a reposição da população e um pequeno crescimento. A estrutura etária mostrava uma pirâmide de base ampla, com uma proporção elevada de crianças e um número muito reduzido de idosos, de mais de 60 anos. A curva de mortalidade proporcional apresentava uma concentração de óbitos em crianças de menos de um ano e de um a quatro anos.

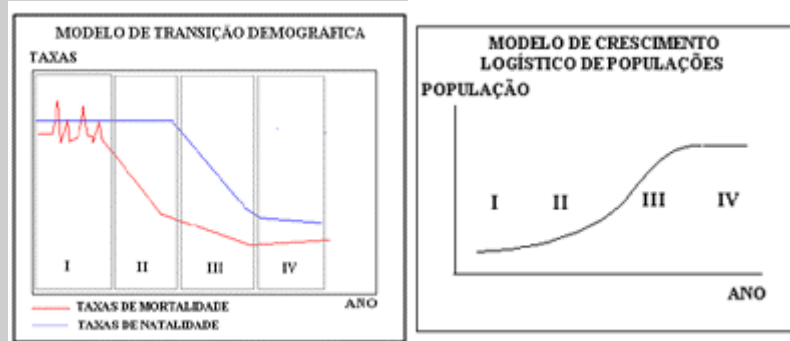
2. Em uma etapa seguinte, as mortes por doenças epidêmicas são controladas, e as taxas de mortalidade passam a cair, regular e rapidamente, em decorrência das transformações sociais observadas no início do século

decorrência das transformações sociais observadas no início do século passado. A natalidade continua alta, e até aumenta um pouco, devido ao menor desgaste e mortalidade das mulheres no parto. A população cresce exponencialmente, a taxas elevadas.

3. Em seguida, a mortalidade continua a cair, mas com menor velocidade, pois já foram controladas as causas mais vulneráveis às mudanças nas condições ambientais. O fenômeno marcante passa a ser a queda progressiva e continuada da natalidade, através da difusão de práticas anti-concepcionais tradicionais nas famílias dos trabalhadores urbanos, a partir do aumento da preocupação com questões como o trabalho feminino e o custo de manutenção dos filhos. A população continua crescendo, mas as taxas são cada vez menores.

4. Uma quarta etapa volta a mostrar uma aproximação de natalidade e mortalidade, e portanto um crescimento pequeno. Mas agora com taxas muito baixas, em torno de dez por mil habitantes, peso irrelevante da mortalidade por doenças infecciosas e uma estrutura populacional distinta, com elevado percentual de pessoas e óbitos nos grupos mais idosos.

Esta relativamente rápida e recente modificação na estrutura populacional, acompanhando um grande aumento na expectativa de vida, de cerca de 40 anos para mais de 70 vida, foi certamente um marco na história da espécie humana.

É importante registrar que, nos países capitalistas centrais, ela não decorreu da incorporação de técnicas específicas de controle de doenças, mas fundamentalmente das grandes transformações estruturais observadas nas suas formas de organização social.

Indicadores de mortalidade, passíveis de serem calculados a partir dos registros civis, foram então amplamente utilizados para caracterizar as diferenças de nível de desenvolvimento entre regiões e países, e para avaliar o impacto de políticas sociais e transformações econômicas. Três se mostraram particularmente sensíveis:

- O coeficiente de mortalidade infantil, ou número de óbitos de crianças de menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos.
- A mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias, ou o percentual dos óbitos neste grupo de causas em relação ao total de óbitos registrados.
- A mortalidade proporcional em idosos, de 50 e mais anos de idade, ou o percentual dos óbitos neste grupo de idade em relação ao total de óbitos.

percentual dos óbitos neste grupo de idade em relação ao total de óbitos.

A precariedade dos registros de óbitos e nascimentos prejudicava muitas vezes as comparações, comumente só estando disponíveis estatísticas confiáveis para áreas urbanas.

Ao centrar a preocupação relacionada com as questões demográficas no crescimento absoluto da população, deixou-se em segundo plano características que posteriormente se mostrariam da maior relevância.

A diminuição da natalidade, associada ao aumento da expectativa de vida resultou também na redução da população ativamente envolvida nos processos de trabalho, com novas implicações sociais.

Nas formações sócio-espaciais periféricas a tendência de queda da mortalidade só ocorreu mais de cem anos depois do inicio da transição demográfica na Europa, e por fatores determinantes muito distintos. Estiveram mais relacionados à difusão do conhecimento técnico- científico e aos programas de cooperação internacional.

8. Doença, Pobreza e Desigualdade

A questão da desigualdade e da persistência da pobreza, apesar do contínuo desenvolvimento dos meios de produção, passou a dominar o debate político no campo da saúde pública, influenciando também a produção acadêmica e levando a proposta de ações específicas para atender os excluídos.

O ciclo vicioso da doença e da pobreza foi uma metáfora que presidiu as discussões sobre saúde e desenvolvimento, nas décadas de quarenta a sessenta, colocando a questão da produtividade individual e reatualizando a antiga polêmica do século passado sobre qual seria a melhor estratégia para assegurar as desejadas transformações na qualidade de vida.

Grupos de esquerda propunham a redução da pobreza através do desenvolvimento econômico e social, enquanto outros de direita identificavam apenas nas práticas científicas as possibilidades concretas de romper o ciclo vicioso, a partir do aumento da produtividade dos trabalhadores e do sistema social como um todo, depois da redução das doenças.

Na perspectiva do Estado e do desenvolvimento sócio-econômico, a saúde passara a ser concebida ora como meio, recurso estratégico capaz de assegurar a produtividade do sistema, ora como subproduto, resultado da evolução das técnicas e das relações sociais. Para os trabalhadores assalariados, a idéia de saúde veio representar cada vez mais a capacidade de poder trabalhar e de assegurar o atendimento de suas necessidades básicas e as de suas famílias.

Nas formações sociais periféricas, como o Brasil, a aplicação das novas técnicas de controle de doenças, por inseticidas, medicamentos, hidratação oral e saneamento, resultou na rápida queda da mortalidade infantil e da mortalidade por doenças infecciosas, principalmente malária, tuberculose e mais recentemente as diarréias infecciosas, sem que tenham ocorrido simultaneamente transformações na organização social19

Programas de cooperação internacional apoiaram com recursos financeiros e transferência de tecnologias as ações de controle de doenças, em escala global, como parte integrante da proposta de consolidação de blocos políticos e militares.

Campanhas verticais permanentes, institucionalizadas, com forte organização burocrática, foram então utilizadas para implementar, em áreas consideradas estratégicas, as novas práticas de saúde, mesmo na ausência de uma rede de serviços assistenciais com cobertura adequada.

A erradicação total do vírus da varíola, a eliminação da febre amarela urbana das Américas, a interrupção da transmissão da malária e da doença de Chagas, na maior parte das áreas anteriormente endêmicas, a eliminação da poliomielite e o controle da raiva urbana e do sarampo comprovaram a efetividade destas práticas.

Como não ocorreu simultaneamente uma redução nas taxas de natalidade, as populações passaram a crescer exponencialmente, até com taxas maiores que 3% ao ano, exercendo fortes pressões sobre os recursos públicos e sobre o ambiente.

Algumas décadas depois, a disseminação de técnicas anti-concepcionais, também através de campanhas verticais, com orientação técnica e financiamento internacional, resultou na queda progressiva da natalidade e na tendência ao envelhecimento da população, novamente com redução da proporção daqueles economicamente ativos.

De certo modo, pode-se dizer que nestes países teria ocorrido um tipo comprimido de transição demográfica, tendo se passado, em menos de cinqüenta anos, o que nos países centrais levou mais de dois séculos para ocorrer.

Mas os determinantes e as conseqüências destes processos são muito diferentes nas duas condições históricas, de modo que a experiência daqueles não parece ser de muita utilidade quando se procura analisar os desdobramentos demográficos, culturais e sanitários dessa intervenção recente e inédita nos padrões de reprodução social das classes populares dos países periféricos.

9. Medicina Preventiva e História Natural das Doenças

A necessidade de preservar a saúde da força de trabalho urbana, já com algum grau de especialização profissional, impôs, nos países industrializados, uma importante mudança na agenda da saúde pública. Esta passou a dar ênfase a atenção individual e a aplicação de medidas de prevenção de doenças, particularmente aquelas relacionadas à reprodução da população e ao desgaste dos adultos jovens.

O modelo da história natural das doenças, proposto por Leavell e Clark,20 serviu de orientação tanto para os projetos de saúde pública como para a prática médica durante cinco décadas, ainda sendo amplamente utilizado.

Sua lógica central é reconhecer a doença como processo dinâmico, que percorre os corpos dos indivíduos. Doença que tem seus determinantes também no ambiente em que estes vivem, permitindo que sejam identificados diferentes períodos na evolução desses processos patogênicos e distintas oportunidades de intervenções médico-sanitárias.

Os períodos da história natural de uma doença são:

- O pré-patogênico, ou de atuação dos determinantes ambientais e sociais, anteriores ao início das manifestações patológicas, dividido em inespecífico e de indução, ou de exposição a determinantes específicos.

- O patogênico, quando já há alterações de normalidade, podendo ser pré-clínico, ou assintomático, e clínico, ou sintomático.

- O período de incapacidade, temporária ou permanente, em que há readaptação do doente às suas condições normais ou a uma nova condição de vida, quando persistem seqüelas limitantes.

O ponto de perspectiva deste modelo é a da clínica médica. Os conceitos de normalidade e condições normais de vida são portanto, tecnicamente definidos, como também o é a classificação das diferentes formas de doenças.

As oportunidades de intervenção passaram a ser analisadas tanto por sua eficácia, como pela relação custo-benefício, sendo reconhecidas as seguintes:

- A promoção da saúde, ou intervenção sobre os determinantes sociais, ambientais e comportamentais inespecíficos.

- A prevenção, ou atuação sobre determinantes específicos, como situação de imunidade ou exposição a agentes patógenos.

- O tratamento, dividido em tratamento precoce, ainda no período assintomático, e tratamento das doenças já estabelecidas.

- A recuperação, quando se procura superar as limitações decorrentes das doenças e promover a reinserção do doente na sociedade.

Considerando as relações custo-benefício e as limitações da medicina preventiva em conceber e propor transformações estruturais nas sociedades, priorizou-se as ações nos níveis de prevenção específica e o diagnóstico e tratamento precoces.

MODELO ADAPTADO DA HISTÓRIA NATURAL DE DOENÇAS

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO		PERÍODO PATOGÊNICO		INCAPACIDADE
DETERMINANTES INESPECÍFICOS	INDUÇÃO ESPECÍFICA	PRÉ-CLÍNICO	CLÍNICO TEMPORÁRIA	PERMANENTE
PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS	DIAGNÓSTICO PRECOCE	TRATAMENTO	RECUPERAÇÃO

Ao estender sua abrangência da enfermidade estabelecida ao período pré-patogênico, passou-se a considerar como objeto de atenção da prática médica, em sua modalidade preventiva, não mais apenas os doentes, mas o conjunto da população, pois, afinal, todos podem vir a adoecer e terão que morrer.

Na dimensão da saúde pública, o modelo da medicina preventiva se mostrou poderoso instrumento de mudanças, ampliando as possibilidades de atuação dos serviços de saúde, propondo a integração da atenção médica com as ações preventivas, de controle ambiental e de educação para a saúde.

O novo modelo transferiu a atenção da saúde pública do espaço de transmissão das doenças para os corpos das pessoas e seus locais de moradia e trabalho, com implicações importantes para assistência à saúde e para as estratégias de controle social.

Um outro bloco de disciplinas, constituído pela epidemiologia, a administração de serviços, o planejamento em saúde e as ciências do comportamento, veio a responder pelo corpo conceitual e metodológico das ciências da saúde que passou a orientar as novas práticas.

O conceito de população, entendido simplesmente como coletivo de indivíduos residentes em uma determinada unidade territorial, definida por critérios político-administrativos, tornou-se central para as propostas de saúde implementadas no contexto do capitalismo de estado.

Além das doenças capazes de dificultar o desenvolvimento dos processos produtivos, passaram também a serem consideradas como problemas de saúde aquelas com elevada freqüência nos diversos grupos populacionais. Através do conceito de doença de massa, transformava-se o doente em unidade operacional das campanhas institucionais.

Procedimentos de screening na população geral e em grupos de risco passaram a constituir instrumentos importantes, tanto para o levantamento da magnitude e monitoramento dos problemas como para seu diagnóstico precoce, induzindo uma maior demanda dos serviços médico-assistenciais.

A sífilis e a tuberculose são exemplos de doenças de massa que finalmente vieram a ser controladas através de exames periódicos associados a tratamento com novos e eficazes medicamentos.

Também algumas enfermidades características da infância, como a difteria, tiveram sua expressão muito reduzida pela oferta e demanda de vacinação nos serviços públicos.

O monitoramento dos problemas de saúde dependia do diagnóstico dos casos, notificação e consolidação sistemática das informações em informes estatísticos regulares de uso restrito aos serviços. A vigilância epidemiológica passou a ser atividade prioritária21.

A efetividade deste modelo assistencial estava diretamente relacionado à extensão de cobertura dos serviços, à capacidade de programação das ações de saúde e à ampliação e mobilização da demanda individual por cuidados curativos e preventivos.

Estas condições nem sempre estiveram presentes, mesmo nos países centrais, fazendo com que segmentos numerosos da população ficassem excluídos dos benefícios das novas formas de prevenir e curar doenças.

No Brasil, apenas na década de setenta a proposta da medicina preventiva foi implantada, através da reforma do ensino médico e da saúde pública.

Na década seguinte, pela primeira vez pode ser constatada a dissociação entre o aumento da pobreza, medido a partir da queda do valor do salário mínimo real em São Paulo e o aumento da mortalidade infantil. Enquanto ocorria a progressiva queda do poder aquisitivo dos trabalhadores urbanos, a mortalidade infantil continuou diminuindo de modo importante, mostrando que já não era mais um indicador sensível das condições de desenvolvimento22.

Medidas de saúde pública, como o saneamento das periferias urbanas, programas ampliados de vacinação, a disseminação da rehidratação oral e a redução da natalidade nos grupos de alto risco foram os determinantes desta relação aparentemente paradoxal23.

tabela 2: evolução da mortalidade infantil no Brasil

Nas grandes cidades, a crescente medicalização das diferentes queixas dos grupos populares foi outro processo estratégico promovido através dos serviços públicos de saúde, na medida em que ampliou imensamente o mercado por serviços e produtos. Ao mesmo tempo, se mostrou eficaz instrumento de controle social, viabilizando sistemas de informação capazes de monitorar tendências na população e transformar em demanda por serviços de saúde as reivindicações populares, que de outra forma, poderiam se expressar como revolta em relação às suas condições de vida.

Nestas circunstâncias, para estes grupos sociais, a idéia de saúde foi sendo associada cada vez mais ao acesso a serviços médico-assistenciais, embora estes mostrassem baixa resolutividade em relação aos seus problemas concretos.24 Para o Estado, ausência de crises.

10. O Conceito de Transição Epidemiológica e a Nova Agenda da Saúde Pública

A diminuição das taxas de mortalidade e o aumento na expectativa de vida certamente tinham que resultar em importantes mudanças na composição das principais causas de morte. A progressiva redução daquelas antes denominadas potencialmente evitáveis, como as infecciosas, as atribuíveis à desnutrição e a problemas relacionados ao parto, fez com que a preocupação com outras causas, principalmente as enfermidades cardiovasculares e as neoplasias, passassem para um primeiro plano, nos países centrais.

A importância crescente destas não foi simplesmente uma decorrência da maior duração da vida média, ou da diminuição relativa das demais. Naqueles países onde há várias décadas já existiam estatísticas confiáveis de saúde, pode ser constatado

há várias décadas já existiam estatísticas confiáveis de saúde, pode ser constatado que, a partir dos anos quarenta, ocorreu aumento real na freqüência de mortes por estes grupos de causas, nos vários grupos etários. Possivelmente, este aumento esteve associado a comportamentos e à exposição a novos produtos, relacionados ao modo de vida nas metrópoles altamente industrializadas.

Na década de cinqüenta um novo modelo, o da Multicausalidade das Doenças,25 passou a fundamentar uma outra proposta de pesquisas epidemiológicas. Difundiu-se o uso de métodos estatísticos nas pesquisas em saúde e tipos de estudos controlados, com o propósito de identificar fatores etiológicos relacionados às doenças que passaram a ser problemas de saúde. Alguns êxitos importantes, como a identificação da relação entre fumo e câncer de pulmão, contribuíram para sua consolidação na área científica.

De certo modo, este modelo apenas estendia às doenças não transmissíveis a mesma concepção de que cada doença deveria ter fatores causais externos e específicos, e que estes poderiam ser identificados através da aplicação rigorosa do método científico.

Apesar dos êxitos iniciais, esta expectativa não se concretizou, resultando em distanciamento entre a pesquisa epidemiológica e as práticas assistenciais.

Retomando a perspectiva desenvolvimentista, um outro modelo denominado de Transição Epidemiológica foi proposto para descrever estas importantes mudanças nos perfis de causas de morte, que acompanharam a Transição Demográfica.

Este serviu de referência para as importantes modificações na agenda da saúde pública nos países centrais, que ocorreram nos anos oitenta, quando foram definidas novas prioridades e propostas de atenção à saúde.

Esgotadas as esperanças de identificação dos agentes etiológicos, a extensão do modelo de prevenção específica às doenças não transmissíveis foi implementado através de programas centrados no diagnóstico precoce e no monitoramento individual da evolução clínica, através de exames de saúde periódicos, com notável efetividade.

Mesmo sendo reconhecida a relação de determinação entre as condições de vida nas cidades industrializadas e o aumento destas enfermidades, a viabilidade de transformações estruturais na organização social não podia ainda ser considerada. A questão da prevenção foi progressivamente direcionada para a identificação de fatores de risco no nível individual e para o reconhecimento e modificação de estilos de vida particulares a eles vinculados.

Fatores de risco são apenas marcadores capazes de vincular a uma certa condição ou característica individual a probabilidade de adoecer e morrer, sem conotação de causalidade ou eficácia preditiva quando aplicados a casos singulares. Apesar destas limitações, o uso do conceito se generalizou nas ciências da saúde, nos serviços e na sociedade.22

O acesso às informações de saúde, a possibilidade individual de modificação de comportamentos de risco, o monitoramento periódico de marcadores clínicos de doenças e o acesso a serviços de saúde especializados, de uso intensivo de tecnologia, passaram a ser os condicionantes da efetividade da nova proposta. A avaliação de eficácia e custo-benefício destes procedimentos passou a ser uma prioridade de pesquisa, chamada de epidemiologia clínica27, que deslocou para um segundo plano as pesquisas de base populacional.

segundo plano as pesquisas de base populacional.

Resultados positivos na avaliação das tendências da mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes e várias formas importantes de câncer vieram contribuir para a consolidação deste modelo. Nele, a responsabilidade é em grande parte transferida para os indivíduos, na medida de suas possibilidades e interesses.

O atendimento destas demandas não seria mais relevante nem para a dinâmica do processo de produção nem para a reprodução e o controle social da população.

Esta singularização radical da questão da saúde levou até mesmo a que se passasse a questionar a pertinência de propostas de saúde pública, no novo contexto social.

A emergência da pandemia de AIDS veio recolocar o problema da relação entre o individual e o coletivo em outros termos, além de mostrar a vulnerabilidade das sociedades atuais, impondo a elaboração de novos projetos de saúde, nos diferentes níveis.

O modelo capitalista de estado, centrado na industrialização, no uso intensivo de energia e no planejamento econômico e social, já apresentava sinais de esgotamento desde a década de 70. A queda continuada da produtividade da economia e a questão ecológica, definida pelo esgotamento dos recursos não renováveis e a poluição, representam duas dimensões críticas da crise mais geral.

Dezenas de milhões de casos de pessoas infectadas com AIDS vieram dramaticamente expressar as limitações de seu projeto de saúde pública.

11. Integração Territorial, Segmentação Social e Transição Epidemiológica Imperfeita

Quando se analisa a questão da transição epidemiológica em países como o Brasil, freqüentemente se considera que eles apresentam atualmente um padrão misto, ou então intermediário, decorrente de uma transição ainda não completada, ainda em andamento28.

tabela 3: evolução da mortalidade proporcional no Brasil

Isto parecem descrever parte importante dessa nossa realidade complexa, justificando o que tem sido denominado de heterogeneidade estrutural29.

Certamente o modelo de modernização conservadora aqui implantado, resultou na permanência de formações espaciais e estruturas políticas e econômicas arcaicas, configurando o que se denomina domínio conservador.

Mas a concepção linear, de que as diferenças de perfis de saúde decorre apenas da persistência de países, regiões e lugares em estágios diferentes de um único modelo de desenvolvimento e transição epidemiológica, vem sendo cada vez mais questionada30.

O conceito de transição epidemiológica foi elaborado apenas a partir da análise do comportamento das causas de mortalidade. Quando se considera também os padrões de morbidade, vê-se que nestes países muitas enfermidades infecciosas continuam prevalentes,31 embora o acesso às diversas formas de atenção médica tenha efetivamente reduzido tanto a mortalidade como a freqüência de formas graves.

Não seria mesmo esperado que o atual modelo médico-assistencial, centrado no atendimento de doentes, tivesse impacto sobre os processos de transmissão dos

atendimento de doentes, tivesse impacto sobre os processos de transmissão dos parasitas.

A questão é que, ainda assim, nas últimas décadas várias doenças infecciosas foram controladas, ou mesmo tiveram sua transmissão interrompida, através da aplicação sistemática de ações simples, de forma programada, quando isto passou a ser considerado prioridade. Mas outras, ao contrário, parecem estar fora de controle, apresentando tanto aumento na incidência como maior difusão espacial, em relação à sua área anterior19.

tabela 4: casos de doenças

O importante aumento de mortalidade de adultos jovens, principalmente homens, por causas violentas é outra característica do que vem sendo chamado o terceiro padrão.

Para entendermos esta proposta, e suas implicações, precisamos compreender melhor as relações entre o recente processo de reestruturação econômica, que vem sendo chamado de globalização, as novas formas de espacialização dos processos sociais e sua relação com a produção da violência e de certas doenças infecciosas agora consideradas emergentes ou reemergentes.

Uma das características mais importantes do capitalismo de estado foi a integração territorial, através da construção de redes interligando todas as unidades espaciais, e estendendo a influência das metrópoles muito além de seus limites e vizinhanças.

No Brasil, isto foi assegurado pela construção, com recursos públicos, de uma extensa malha rodoviária. Grandes desigualdades regionais, interligadas por redes físicas, criaram as condições adequadas para o intenso fluxo de pessoas e mercadorias. Assim, viabilizou-se a transmissão ampliada daqueles parasitas capazes de se adaptarem a estes circuitos.33

Um exemplo foi a intensificação da transmissão da malária na Amazônia, a partir da metade da década de 70. Esta endemia, que havia sido até então mantida sob controle, deixou de responder às medidas dos programas tradicionais, e só regrediu depois que os garimpos da região foram fechando, e a mobilidade populacional diminuiu34

A concentração de pessoas, das mais distintas procedências, nas regiões metropolitanas, muitas delas sem emprego fixo, e portanto com alta mobilidade, resultou em grande aumento da taxa de contato social, e portanto do risco de transmissão de parasitas de pessoa a pessoa. Não foi por acaso que a maior epidemia de meningite meningocócica e a maior concentração de casos de AIDS ocorreram em São Paulo.

Mais recentemente, outros determinantes sociais e espaciais, relacionados com as transformações no processo de produção vieram contribuir para a crise sanitária.

Entre muitas modificações em curso, podemos destacar a progressiva transferência do eixo da produção industrial de uso intensivo de energia para processos de uso intensivo de informação e, como conseqüência, a diminuição das vantagens comparativas de escala que trazia a concentração das atividades produtivas em uma mesma região metropolitana.

A desconcentração territorial da produção, a informatização acelerada, levando a uma necessidade muito menor de postos de trabalho. Acompanham uma qualificação muito maior dos trabalhadores, associada ao imenso desenvolvimento dos meios de comunicação e a uma nova divisão internacional do trabalho, dirigida pelas

comunicação e a uma nova divisão internacional do trabalho, dirigida pelas corporações transnacionais. Condicionamentos que deram início a transformações que progressivamente se propagam e influenciam todas as estruturas das organizações sócio-espaciais35.

A distância física deixou de ser relevante, e unidades produtivas dinâmicas passam a se localizar até em pontos distantes do território, e mesmo além dos limites das fronteiras tradicionais, desde que isto represente maior competitividade, configurando uma rede integrada de unidades do circuito superior, ou técnico-científico global.

O papel dos Estados nacionais no planejamento econômico e na implementação da infra-estrutura de estradas, energia e comunicação deixa de ser fundamental, e eles passam a serem impelidos a minimizar o custo do setor público, como estratégia de assegurar o aumento crescente de produtividade, com prejuízos para as ações de controle de doenças.

Este aumento de produtividade representa, como sempre, transferência de recursos que eventualmente seriam utilizados no consumo e reprodução da população para novos investimentos, agora mediados pela setor financeiro internacional.

Uma questão central passou a ser a manutenção e mesmo ampliação da capacidade de consumo das imensas populações urbanas, com desemprego e redução dos investimentos públicos em políticas sociais. No entanto, sem risco de revoltas e crises sanitárias capazes de trazer limitações à reestruturação econômica.

As estratégias tem sido a fragmentação do território, assegurando maior controle social através de poderes políticos locais, e a segmentação social, com a emergência de um novo componente, o circuito inferior urbano, integrado e dinâmico. Este circuito espacial de produção, descrito ora como economia informal, ora como estratégia de sobrevivência popular, se caracteriza por sua produtividade e relativa autonomia. Ele representa custos sociais mínimos para o capital e para o Estado, e ainda gera renda que garante a reprodução, o consumo ampliado e transferência importante de recursos para o circuito principal.36

Embora sua importância seja variável entre as diversas metrópoles, o circuito capitalista inferior urbano está presente, e aumentando, também nos países centrais.

Do ponto de vista social, representa uma nova pobreza, muito distinta da pobreza rural dos domínios conservadores, e que tem sido denominada de pobreza radical, pois é escolarizada e tem conhecimento da sua situação de desigualdade. Ela não se vê mais, numa perspectiva realista, a mudança desta condição. E sendo urbana e estando exposta aos contrastes todo o tempo pelos meios de comunicação de massa, é irada37.

Duas características marcantes deste circuito, mais importante que o nível da renda, são a baixa incorporação de inovações técnico-científicas e a ausência de seguridade social.

Uma nova segmentação da população urbana é produzida. Aqueles integrados ao circuito principal. Os denominados vulneráveis, por sua inserção no circuito inferior, dinâmico mas inseguro. E os excluídos, aqueles que não conseguem mais trabalho ou outra fonte de renda, e acabam perdendo até mesmo sua condição de cidadania38.

O setor que mais cresce é o dos vulneráveis, por suas características demográficas e pela dinâmica dos processos econômicos. Eles não devem ser considerados uma

pela dinâmica dos processos econômicos. Eles não devem ser considerados uma classe social, pois entre eles existem trabalhadores assalariados, empresários, autônomos, contraventores e desempregados. Também não podem ser classificados como lumpen, pois integram um circuito dinâmico e produtivo da sociedade.

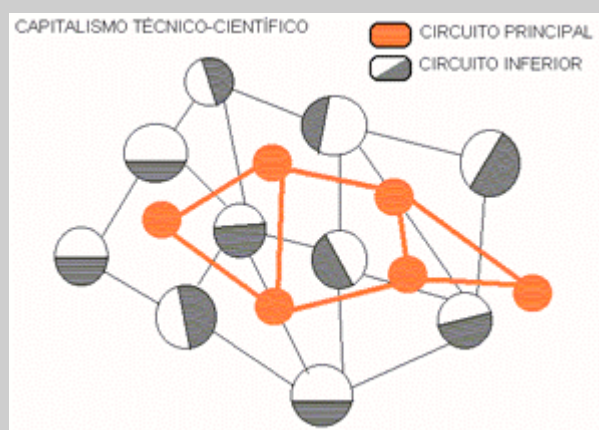
O problema é que, quando um trabalhador deste circuito é incapacitado, por doença, acidente ou velhice, tende a ser deslocado, com sua família, para o grupo dos excluídos.

È evidente que os níveis de desgaste, projetos de saúde e perfis epidemiológicos dos grupos sociais que integram os diferentes segmentos são muito diferentes.

Os integrados tem expectativa de vida, problemas de saúde e acesso a serviços, através dos planos de saúde, semelhantes aqueles dos países centrais, independentemente do lugar onde vivem. Pode-se esperar que a forte pressão pelo aumento de produtividade e instabilidade no emprego vá aumentar os problemas da saúde mediados pelo stress, mas ao também induzir mudanças no estilo de vida, como meio de assegurar competitividade.

Os excluídos urbanos, certamente tem altas taxas de mortalidade, mas não existem propostas de saúde específicas para este grupo social. Pode-se esperar que tuberculose, desnutrição, alcoolismo e doenças mentais sejam problemas muito importantes entre eles.

tabela 5: Principais agravos no Brasil

Os vulneráveis são o grupo mais complexo, onde os problemas de saúde se avolumam, impondo novos modelos assistenciais. Como não estão mais diretamente vinculados aos setores mais dinâmicos da economia, sua saúde não é mais um recurso indispensável ao desenvolvimento. Por outro lado, não tem acumulação individual que garanta sua sobrevivência quando não estão aptos para o trabalho. Dependem fundamentalmente dos serviços públicos, que não foram organizados para responder com a eficácia necessária aos seus problemas. O aumento de expectativa de vida faz com viver com a doença venha ser um componente importante do projeto de saúde deste grupo, sendo crítico o cenário de futuro, quando as coortes atuais em atividade, estiverem, por idade ou incapacidade, excluídas do trabalho e de renda.

A desterritorialização, a ausência de vínculo empregatício estável e a ruptura da estrutura familiar tradicional levaram a uma grande mobilidade, com maior taxa de contato social e exposição a ambientes e situações de risco.

Como conseqüência, criou-se condições de produção e difusão da violência e de certas doenças infecciosas, aquelas transmitidas por contato pessoa a pessoa, por vetor mecânico, como seringas, e por insetos bem adaptados ao ambiente transformado pelas atividades humanas.

Atualmente estes novos processos críticos não apresentam perspectiva de solução, através da aplicação dos recursos de saúde convencionais. Além disso, como os circuitos e grupos convivem no mesmo espaço, a segmentação social não impede que os problemas sejam compartilhados, com certeza de forma desigual, mas difundindo um agudo sentimento de insegurança por toda a sociedade.

12. Capitalismo Técnico-Científico e uma Nova Agenda da Saúde Pública

A pandemia de AIDS e o risco de emergência de outros parasitas, impuseram novamente a preocupação com estratégias de controle de doenças transmissíveis, na escala supranacional, da biosfera. São processos capazes de colocar em risco não apenas o processo integrado de produção, mas até mesmo a sobrevivência de populações. Casos com grandes possibilidades de difusão através das novas facilidades de transporte e em decorrência da intensificação da circulação de pessoas e mercadorias, na economia globalizada

Um modelo de vigilância e intervenção estratégica, de abrangência global, vem sendo implementado, a partir do modelo do Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos EUA, de modo a assegurara notificação, o isolamento laboratorial e se necessário, a contenção de parasitas emergentes em qualquer parte do mundo39.

Um outro componente da dimensão estratégica do projeto de saúde pública globalizado é a indução da identificação de prioridades regionais. Assim, permite-se o direcionamento dos recursos públicos, de modo seletivo e através de critérios técnicos, para aquelas doenças e setores onde possam ser mais efetivos. Abandona-se o princípio de cobertura universal e de unificação de prioridades que prevaleceu no modelo anterior.

Isto vem sendo fortemente apoiado pelo Banco Mundial, através da disseminação do modelo de carga das doenças,40 que introduz conceitos como incapacidade e anos potenciais de vida perdidos no cálculo de uma nova geração de indicadores de saúde.

No Brasil, a incorporação nas práticas de saúde desta dimensão estratégica de interesse global ainda é insipiente, embora inevitável.

O projeto de saúde do Estado Brasileiro parece haver chegado a um impasse, devido à superposição de objetivos e modelos mal resolvidos, inerentes a conjunturas passadas,41 respondendo a múltiplos interesses que não são aqueles do conjunto da população, nem estão relacionados com o desenvolvimento das forças produtivas. O que é bem característico da nossa modernização, pactuada com poderes regionais conservadores.

De qualquer modo, a fragmentação territorial e o aprofundamento da segmentação social colocam em questão a viabilidade de um projeto comum, ainda que mantendo a concepção operacional de Sistema Único de Saúde.

Três componentes se impõem:

- O assistencialismo, voltado aos grupos dos excluídos, tanto aqueles dos bolsões de pobreza nos domínios conservadores como, e principalmente, os novos excluídos urbanos. Como é feito em muitos países, por razões éticas e

novos excluídos urbanos. Como é feito em muitos países, por razões éticas e morais, é urgente a implantação de programas de distribuição gratuita de alimentos e medicamentos, eliminando a dor e a fome agudas, e o controle de doenças transmissíveis.

- A preservação da saúde e da capacidade de trabalho daqueles integrados nos processos dinâmicos do circuito principal, através da difusão mais eficaz de informações sobre saúde, induzindo mudanças nos estilos de vida, minimizando fatores de risco bem conhecidos, e da implementação de modelo assistencial centrado na eficácia dos procedimentos médicos.

- Para aqueles que integram o circuito inferior, o projeto de saúde pública tem que estar centrado na implementação de programas efetivos de prevenção específica de doenças, particularmente as não transmissíveis para as quais já se dispõe há décadas de recursos preventivos eficazes, capazes de reduzir a incidência e o risco de evolução para formas graves, e para o tratamento das enfermidades tratáveis, de modo a assegurar a recuperação da saúde.

Os serviços públicos de saúde tem também que assumir sua dimensão comunitária, já que estão na interface do circuito inferior com as políticas de Estado, podendo atuar como instrumento de controle social ou na promoção da saúde42.

Com o fim dos projetos desenvolvimentistas e das mudanças no papel do Estado, as possibilidades de avanço social e de transformações nas condições de vida passaram, efetivamente, para o âmbito da sociedade civil. Especificamente, para o espaço do circuito inferior urbano, onde diferentes concepções de saúde interagem.

Aí estão as condições de autonomia que possibilitam a construção de alternativa ao modelo medicalizante imposto e que não atende às suas necessidades básicas.

Não estamos propondo o retorno às práticas alternativas, mas a clara definição daquilo que é de competência dos serviços de saúde, através da aplicação de técnicas com fundamentação científica, e do que só pode ser elaborado e resolvido a partir de práticas comunitárias.

Grupos de ajuda mútua, assistência psicológica por grupos religiosos, mutirões comunitários para ações de saneamento e vacinação, ações comunitárias de atenção aos idosos, incapacitados e crianças vulneráveis, grupos de apoio aos dependentes de drogas, são exemplos de como as soluções tem sido encontradas neste nível.

Uma aproximação entre serviços públicos e práticas assistenciais comunitárias já está ocorrendo, como exemplificam certos projetos de atenção integral às crianças e os programas de médicos da família.

A proposição de modelos com ênfase na promoção da saúde,43 através de ações comunitárias efetivas nas transformações das condições de vida, vem recebendo recentemente apoio de agências internacionais, apontando seus interesses na análise das possibilidades de construção de uma saúde pública não estatal, concebida a partir da lógica da vida, e não da perspectiva da economia.

Embora o nosso Sistema Único de Saúde tenha sido proposto assim, a questão do financiamento vem ocupando quase inteiramente o espaço dos debates, sem que tenham ocorrido mudanças relevantes no modelo assistencial.

Só recentemente foram definidas ações estratégicas, como a nova forma de financiamento das ações básicas pelos municípios, capazes de apoiar a

financiamento das ações básicas pelos municípios, capazes de apoiar a implementação de projetos de promoção da saúde.

A municipalização dos serviços de saúde criou as possibilidades de desenvolvimento deste tipo de práticas comunitárias, na medida em que define com clareza a competência e a composição dos conselhos de saúde, em todos os níveis, dando condições para o debate sobre a melhor forma de utilização dos recursos públicos, com participação de representantes dos diferentes atores sociais.

Esta mesma municipalização, entretanto, na medida em que reforça o poder de decisão de políticos locais, também possibilita o reforço do uso clientelista dos recursos de saúde, os direcionando para práticas assistencialistas ineficazes.

Os profissionais de saúde pública, nesta interseção crítica, podem vir a ter, atuando junto com os grupos sociais organizados, um papel relevante na composição de uma nova proposta, de interesse do Estado e da população, mas centrado nos problemas concretos das pessoas, que articule o conhecimento científico e o saber popular, a capacidade técnica de prevenir e curar certas enfermidades com a competência de viver com aquelas que não podem ser curadas, e de dar assistência respeitosa à morte, integrados em um só projeto de vida e saúde.